

3

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N^o

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 10 Novembre 1892, à 1 heure

PAR

Paul ROY

Né à Saint-Pierre-du-Chemin (Vendée)

Le 26 Mars 1868.

Ancien Interne des Hôpitaux de Nantes,

Membre de la Société anatomo-pathologique de la Loire-Inférieure.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUBERCULES

SOUS-CUTANÉS DOULOUREUX

Président : M. Mathias DUVAL, professeur.

Juges { MM.
 JOFFROY, professeur.
 GLEY, CHARRIN, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 10 Novembre 1892, à 1 heure

PAR

Paul ROY

Né à Saint-Pierre-du-Chemin (Vendée)

Le 26 Mars 1868,

Ancien Interne des Hôpitaux de Nantes,

Membre de la Société anatomo-pathologique de la Loire-Inférieure.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUBERCULES

SOUS-CUTANÉS DOULOUREUX

Président : M. Mathias DUVAL, professeur.

Juges { MM.
 JOFFROY, professeur.
 GLEY, CHARRIN, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	(DIEULAFOY.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TILLAUX.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	G. SÉE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
Clinique des maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	CHARCOT.
	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	(TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et RICHET.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GILBERT.	NETTER.	RICARD.
BAR.	GLEY.	POIRIER, chef des	ROBIN Albert.
BLANCHARD.	HANOT.	travaux anatomiques	SCHWARTZ.
BRISSAUD.	HUTINEL.	POUCHET.	SECOND.
BRUN.	JALAGUIER.	QUENU.	TUFFIER.
CAMPENON.	KIRMISSON.	QUINQUAUD.	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	LETULLE.	RETERER.	WEISS.
CHAUFFARD.	MARIE.	REYNIER.	
DEJERINE.	MAYGRIER.	RIBEMONT - DES-	
FAUCONNIER.	NELATON.	SAIGNES.	

Le secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR MATHIAS DUVAL

A MON CHER MAÎTRE
MONSIEUR LE DOCTEUR ALBERT MALHERBE
Professeur à l'Ecole de Médecine de Nantes

A MES MAÎTRES
MESSIEURS LES PROFESSEURS DE L'ECOLE DE MÉDECINE
DE NANTES

MESSIEURS LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DES HÔPITAUX
DE NANTES

INTRODUCTION.

Beaucoup d'anatomo-pathologistes ont étudié les tubercules sous-cutanés douloureux, mais il résulte de la plupart des travaux publiés sur ce sujet que le type clinique du tubercule sous-cutané douloureux ne répondrait pas à une espèce anatomo-pathologique une et bien limitée. En effet, on a désigné sous cette appellation générale une foule de tumeurs à structure variée, tels que des fibromes, des fibro-chondromes, des névromes, des angiomes, des adénomes, des myomes, voir même des sarcomes et des tumeurs squirrheuses enkystées.

Sans nier que des tumeurs de toute nature puissent à l'occasion devenir douloureuses, nous pensons pourtant qu'au type clinique bien défini doit répondre un type anatomo-pathologique constant, et que les tumeurs qui, par leur structure, s'écartent de ce type, doivent être considérées comme des exceptions.

Pour nous les tubercules douloureux sont généralement des myomes. L'examen microscopique que nous avons fait au laboratoire d'histologie de Nantes d'un certain nombre de ces tumeurs, qui toutes étaient formées en grande partie de fibres musculaires lisses, nous permet d'être affirmatif à ce sujet.

Sur les 1,500 tumeurs environ, qui composent la collec-

tion de M. le professeur A. Malherbe, nous avons pu recueillir neuf tubercules sous-cutanés ou neuf myomes sous-cutanés. Vu la rareté de ces espèces de néoplasmes, ce nombre assez restreint est toutefois suffisant pour ratifier notre manière de voir. D'autre part, il nous semble qu'on a trop facilement décrit sous le nom de tubercules douloureux des tumeurs qui n'en étaient pas. Ce qui a prêté et ce qui prête encore à cette confusion regrettable, c'est le symptôme douleur : toute tumeur de petit volume qui siège dans le tissu cellulaire sous-cutané et qui est douloureuse est considérée comme un nodus sous-cutané douloureux. Or la simple douleur ne prouve rien par elle-même au point de vue de la nature de la tumeur. En effet, il n'est pas rare de voir certaines tumeurs d'ordinaires indolores, comme les angiomes, les lipomes devenir dans certains cas, excessivement douloureuses ; inversement on peut observer aussi des néoplasmes généralement douloureux, comme les cancers viscéraux, rester toujours indolents.

En réalité l'ensemble symptomatique de l'affection qui nous occupe est plus complexe, et nous ne craignons pas d'affirmer que les myomes sous-cutanés sont seuls à présenter tous les symptômes classiques des tubercules douloureux. Les autres tumeurs qui ont été prises pour des nodus sous-cutanés, et dont la structure est différente de celle des myomes, diffèrent encore au point de vue clinique, des tubercules types, soit par leur symptomatologie, soit par leur origine et leur évolution, soit par tout autre caractère dont on ne saurait trop tenir compte quand il s'agit d'affirmer son diagnostic.

Par conséquent, relater d'une part le résultat de nos re-

cherches microscopiques, et montrer d'autre part les symptômes propres et réels des tubercules sous-cutanés douloureux ; tel sera le but de notre étude.

Nous prions notre cher maître, M. le professeur A. Malherbe, d'agréer l'expression de notre vive gratitude pour la sympathie qu'il n'a cessé de nous témoigner dans le cours de nos études, et pour la bienveillance avec laquelle il s'est mis à notre disposition pour le choix de notre sujet ainsi que pour les conseils dont nous avons besoin pour faciliter notre travail.

Nous remercions également M. le professeur Mathias Duval d'avoir bien voulu accepter la présidence de cette thèse, et nous le prions d'agréer l'expression de notre sincère reconnaissance.

CHAPITRE I

HISTORIQUE.

On donne le nom de tubercules sous-cutanés douloureux à de petites tumeurs mobiles, élastiques, siégeant dans le tissu cellulaire sous-cutané, et caractérisées à une certaine époque de leur évolution par des douleurs dont l'acuité augmente avec l'âge du néoplasme.

Ces nodus sous-cutanés n'ont pas échappé à la sagacité de nos premiers médecins. Hippocrate, Galien et leurs successeurs en ont fait mention ; mais ce qu'ils nous ont dit à ce sujet ne semble pas assez précis. Il faut arriver au ^{xviii}^e siècle pour trouver une description suffisamment complète de ces tumeurs. La première observation que nous ayons pu recueillir sur ce point est due à Franco. Nous lisons dans *Traité des Hernies*, paru en 1561, les lignes suivantes : « Une femme portait depuis dix ans une tumeur grosse comme une noisette au devant du tibia ; cette tumeur était le siège de douleurs perpétuelles qui disparurent après l'opération. » Il s'agit bien là évidemment d'un tubercule douloureux.

Plus tard, Ambroise Paré, décrivant ces tumeurs, semble les confondre avec les exostoses syphilitiques.

Cheselden nous en donne une description plus exacte :

« J'ai vu deux fois, dit-il, immédiatement sous la peau du tibia une petite tumeur aussi grosse qu'un pois, excessivement douloureuse et dure. Dans les deux cas les douleurs firent regarder cette tumeur comme cancéreuse ; elles furent guéries par l'extirpation. Mais ce qui était le plus extraordinaire, c'est une tumeur de cette sorte située sous la peau de la fesse, aussi petite que la tête d'une épingle, et cependant si douloureuse que le moindre contact était insupportable. La peau était amaigrie dans l'étendue d'un demi-pouce tout alentour. J'ai aussi extirpé la petite tumeur avec toute la peau ancienne et un peu de graisse. Le malade qui, avant l'opération ne pouvait appuyer sa jambe sur le sol, ni se tourner dans son lit sans éprouver une douleur très aiguë, devint immédiatement tranquille et put marcher jusqu'à son lit sans se plaindre ; il fut bientôt guéri. »

Camper, parlant de ces tumeurs, les considère comme des ganglions formés sur les cordons nerveux.

Marc-Antoine Petit, dans son discours sur la douleur prononcé à l'ouverture du Cours d'Anatomie et de Chirurgie de l'hospice général de Lyon, en 1799, disait, en parlant de ces tubercules : « Ils sont trop peu connus ; ils se présentent sous la forme de petites tumeurs du volume d'une fève, très dures, mobiles, sans couleur, survenues dans des endroits frappés et souvent sans cause apparente, qui occasionnent des douleurs cruelles par le toucher le plus léger, dans les mouvements un peu violents et par les changements de temps ; aucun topique ne les soulage, l'extirpation guérit seule. »

Chaussier, dans son tableau de la névralgie en parle à peu près dans les mêmes termes.

Dans l'Anatomie médicale de 1803 se trouve une note de Portal ainsi conçue : « Il se forme quelquefois des durillons dans les nerfs cutanés et dans les autres nerfs qui peuvent donner lieu aux douleurs les plus vives. Ces ganglions contiennent intérieurement une substance blanchâtre et sont renfermés entre les fibrilles des nerfs. » Peut-être s'agit-il ici de véritables tumeurs développées sur les nerfs.

En 1812, le chirurgien anglais William Wood fit dans *Edinburgh medical et Surgical Journal*, une description remarquable de ces tumeurs. C'est lui qui leur donna le nom de tubercules sous-cutanés douloureux. Cette dénomination est celle qui sert à les désigner encore aujourd'hui ; elle semble une des mieux choisies, car, sans préjuger de la nature essentielle de la tumeur, elle indique son caractère principal la douleur et son siège habituel, le tissu cellulaire sous-cutané.

Siebold et Neumann nous ont rapporté des observations de tubercules sous-cutanés douloureux ; mais sans donner d'ailleurs aucune appréciation sur la nature anatomique de ces tumeurs.

Dans ses *Leçons orales de clinique chirurgicale*, Dupuytren les décrit sous le nom de tumeurs fibro-celluleuses enkystées ; il affirme qu'on n'y trouve jamais de nerfs, et la description qu'il nous en donne n'est pas éloignée de celle du tissu squirrheux.

Jaumes (thèse de Paris, 1828) les considère comme des tumeurs squirrheuses enkystées ; il s'appuie pour soutenir sa thèse « sur leur tendance à la dégénérescence carcino-

mateuse, leur plus grande fréquence chez les femmes que chez les hommes, surtout aux approches de l'âge critique; l'obscurité de leurs causes, leur dureté, la densité de leur tissu qui est ferme, demi-transparent, ayant une consistance qui varie depuis celle du cartilage et du fibro-cartilage jusqu'à celle du lard. » Nous ferons remarquer qu'au temps où écrivait Jaumes, on n'avait aucune idée nette sur la structure du tissu squirrheux. Tout ce qui présentait une consistance ferme pouvait être confondu sous cette appellation.

Velpeau confond avec les véritables névromes, développés sur le trajet des nerfs, les tubercules sous-cutanés douloureux, et il désigne sous le nom de tumeurs névromatiques ces deux variétés de tumeurs. Contrairement à l'opinion de Velpeau, Nélaton nie les connexions de ces tumeurs avec les éléments nerveux; à l'exemple de Dupuytren il les considère comme étant de nature maligne, et les décrit sous le nom de tumeurs squirrheuses enkystées.

En 1853, Houel dans un mémoire sur le névrome, adressé à la société de Chirurgie, se rattache à l'opinion de Velpeau au sujet des tubercules sous-cutanés douloureux et les regarde comme de véritables névromes. Pour Paget, ces tumeurs sont généralement formées de tissu fibreux à l'état parfait ou rudimentaire. Après lui, Lebert exprime la même opinion et considère les tubercules sous-cutanés douloureux comme étant des fibromes. Sangalli, professeur d'anatomie pathologique à l'Université de Pavie, dit à propos des tubercules douloureux que ces tumeurs sont formées de tissu fibreux, fibroïde ou fibro-plastique. Schuh

pense que la plus grande partie des tumeurs désignées sous le nom de tubercules douloureux ne sont autres que des tumeurs sanguines. F. Von Bärensprung a trouvé à la périphérie d'un tubercule sous-cutané des glomérules particuliers formés par un enchevêtrement de vaisseaux.

Dans son traité des tumeurs, Broca dit en parlant des tubercules douloureux que leur structure est variable ; que ces tumeurs sont tantôt des fibromes, tantôt des névromes, il signale même le fait d'un lipome douloureux (1). Virchow partage cette manière de voir ; il prétend qu'une partie des tubercules douloureux, mais une partie seulement, est de nature névromatique, les autres ayant une constitution variée.

Dans le journal d'*Anatomie* et de *Physiologie* (1870-1871), Labbé et Legros font mention de deux tumeurs sous-cutanées douloureuses qu'ils considèrent comme de véritables névromes.

Le chirurgien viennois Billroth, dans un cas de Langenbeck où la tumeur douloureuse avait siégé à la jambe, isola de nombreuses fibres musculaires, mais aucun nerf.

Bennett relate une observation où il s'agit d'un tubercule à texture fibro-cartilagineuse. D'autre part, Miller a décrit dans *System of Surgery* un tubercule douloureux qui présentait au microscope la structure du fibro-cartilage.

(1) N. B. — On sait, en effet, que les lipomes peuvent exceptionnellement être douloureux et donner naissance aux troubles les plus bizarres. C'est le cas notamment pour les lipomes développés sur la ligne blanche (Tulasne, thèse de Paris, 1892).

Nous trouvons consignée dans la *Gazette des Hôpitaux* (année 1870) une observation de Tillaux relatif à cette catégorie de tumeurs ; pour ce chirurgien, il s'agissait dans ce cas d'un néoplasme constitué par du tissu glandulaire et mélangé d'un certain nombre d'éléments fibreux. Dans son traité de *Pathologie externe*, Follin considère les tubercules douloureux comme de véritables fibromes et les décrit sous le nom de fibromes sous-cutanés douloureux. Verneuil les range également parmi les tumeurs fibreuses.

Dans le nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique, M. A. Heurtaux parlant des tubercules douloureux, s'exprime en ces termes : « Pour ma part, j'ai vu un très petit adenome du doigt et un petit kyste des parois thoraciques s'accompagner de douleurs fulgurantes avec irradiations à distance, sans que rien pendant l'opération ait pu expliquer de pareilles souffrances. Il est incontestable aussi qu'il peut se développer sous la peau de petits névromes qui donnent lieu aux mêmes symptômes ; le fibrome lui-même peut, sans aucun doute, être ajouté à cette longue série, car Tillaux en a observé un cas dans la région mammaire. »

Dans une thèse soutenue par Monod, en 1873, sur l'angiome simple sous-cutané circonscrit, nous trouvons trois observations de tumeurs de cette nature devenues douloureuses. Plus tard, en 1879, ce même auteur a communiqué à la Société de chirurgie un nouvel exemple d'une tumeur de cette espèce, dans laquelle il a pu établir l'existence d'une membrane d'enveloppe d'une nature conjonctive.

A Lille, en 1871, Trélat décrivit, devant les membres de la Section médicale de l'association pour l'avancement des

sciences, l'histoire de trois malades porteurs de tumeurs sous-cutanées douloureuses, manifestement constituées par des angiomes caverneux. Cornil et Ranvier, à l'article névrome, signalent sous le nom de névromes douloureux les tumeurs sous-cutanées.

Chandelux, dans un travail intitulé : « Recherches histologiques sur les tubercules sous-cutanés douloureux », termine en posant les conclusions suivantes : « Les tubercules sous-cutanés douloureux offrent dans leur structure les variétés les plus grandes. Quelques-uns sont des névromes vrais, mais la plupart appartiennent à des types de tumeurs très divers. Les glandes sudoripares peuvent être le point de départ de tumeurs sous-cutanées douloureuses. Sous l'influence du travail pathologique elles donnent naissance soit à des fibromes papillaires douloureux, soit à des épithéliomes tubulés. Des faisceaux nerveux sont toujours en rapport avec la tumeur. Les fibres nerveuses qui les constituent sont tantôt des fibres à myéline, tantôt des fibres de Remak disposées en plexus. »

Richard (thèse de Paris, 1873) admet que le nodus sous-cutané est le plus souvent formé de tissu conjonctif, parfois de tissu fibro-plastique ou de tissu fibro-cartilagineux ; que jamais l'examen histologique le plus minutieux n'a pu y révéler la présence d'aucun filet nerveux.

Dans le *Progrès médical* de l'année 1884, se trouve relatée une observation de Terrillon relative à un tubercule douloureux dont la structure était celle d'un angiome sous-cutané. Dans le traité de chirurgie de Duplay et Reclus, M. A. Broca parlant des tubercules douloureux, conclut en disant qu'il semble bien que les fibromes soient la variété

la plus fréquente de ces espèces de tumeurs, tout en admettant qu'à côté d'eux, il faut faire une place au myxome, au lipome, au fibro-chondrome, au myome, au sarcome, etc.

Enfin notre maître, M. A. Malherbe a recueilli plusieurs observations de tubercules douloureux, qui tous étaient des myomes. Trois de ces observations se trouvent consignées dans la thèse du docteur Harel (thèse de Paris, 1881). Plus tard, au Congrès de Chirurgie de 1886, M. A. Malherbe disait dans la séance du 20 octobre : « En l'espace de douze ans, nous avons recueilli cinq tumeurs, cinq myomes. L'identité de structure de ces néoplasmes était complète... Pour conclure, ajoute-t-il plus loin, nous ne prétendons pas qu'il n'existe pas d'autres tumeurs douloureuses que celles que nous venons de décrire; mais nous pensons qu'il y a lieu de distinguer une espèce clinique bien nette, répondant à une structure toujours identique, celle du myome à fibres lisses. »

Nous pourrions faire encore de nombreuses citations, Marjolin, Gillepsie, Hall, Smith, Walshe, Roux, Lobstein, Fock, During, etc..., nous ont laissé des observations de néoplasmes de l'espèce qui nous occupe. Nous ne nous y arrêterons pas, d'autant plus qu'il y est question des tubercules douloureux considérés surtout au point de vue clinique, et que leurs auteurs n'ont pas insisté sur leur structure histologique qui est l'objet principal de notre étude.

CHAPITRE II

Il importe de faire ressortir de ce qui précède un caractère essentiel : la diversité des opinions émises sur la structure histologique des tumeurs qui nous occupent. Aussi, pour mieux mettre en lumière ce point capital, allons-nous faire une classification des idées différentes qui ont été exprimées au sujet de cette espèce particulière de tumeurs.

On peut distinguer huit opinions bien tranchées, qui sont les suivantes :

Les tubercules sous-cutanés douloureux sont :

- 1° Des Tumeurs à structure variable;
- 2° Des Névromes;
- 3° Des Fibromes ou Fibro chondromes;
- 4° Des Angiomes;
- 5° Des Adénomes;
- 6° Des Lipomes;
- 7° Ces tumeurs sont des Squirrhes;
- 8° Ce sont des myomes.

A. — Les tubercules sous-cutanés douloureux sont des *Tumeurs à structure variable*. C'est l'opinion de Broca, qui admet que ce sont tantôt des fibromes, tantôt des névromes. Virchow semble partager cette manière de voir, tout en admettant cependant que le névrome est la forme la plus fréquente. Les auteurs du *Compendium* paraissent égale-

ment du même avis, lorsqu'ils disent : « Nous pensons donc qu'un examen plus attentif du sujet conduira à reconnaître dans les tumeurs, qui nous occupent en ce moment, différentes espèces de tissus morbides. Heurtaux et Chandelux considèrent également comme variable la structure de ces néoplasmes.

Effectivement toute tumeur sous-cutanée peut devenir douloureuse suivant sa situation. Il suffit que ces tumeurs sous-cutanées soient en rapport avec les terminaisons nerveuses pour que leur présence s'accompagne de phénomènes douloureux.

B. — Les tubercules sous-cutanés douloureux sont des *Névromes*. Velpeau partage cette manière de voir, il décrit ces tumeurs sous le nom de tumeurs névromatiques. Après lui Houel exprime la même opinion. Labbé et Legros nous ont également décrit sous le nom de névromes des tumeurs dont les caractères cliniques sont ceux des tubercules sous-cutanés. Virchow qui reconnaît la variabilité de structure des tubercules sous-cutanés, semble admettre que la plupart de ces tumeurs renferment des nerfs; aussi n'hésite-t-il pas à les classer avec les névromes, et à les décrire sous le nom de névromatie douloureuse. Cornil et Ranvier sont du même avis lorsqu'ils disent, en parlant de ces tumeurs dans leur manuel d'hystologie pathologique, à l'article névrome : « Elles contiennent probablement des nerfs englobés et comprimés dans du tissu conjonctif nouveau. »

On ne peut considérer comme de véritables névromes que les tumeurs décrites depuis une vingtaine d'années, puisque la plupart des auteurs de l'anatomie pathologique ont compris sous le nom de névromes toute tumeur des nerfs,

qu'elle soit nerveuse ou non. C'est justement Cornil et Ranvier qui ont fait remarquer qu'on ne devait appeler névromes que les tumeurs composées de tissu nerveux. Dans le fait, la plupart des auteurs, qui ont cherché des nerfs dans les tubercules sous-cutanés douloureux, ont été impuissants à en trouver, et nous verrons, dans la suite de ce travail, qu'il y a peut-être quelques réserves à faire sur l'opinion de ceux qui, comme Chandelux, ont cru en apercevoir.

C. — Ces tumeurs sont des *Fibromes*. Paget les considère comme étant formés, pour la plupart, de tissu fibreux. Lebert est du même avis. Sangalli prétend que les tubercules douloureux sont des tumeurs fibreuses, fibroïdes ou fibro-plastiques. Bennett nous a laissé une observation d'un tubercule à texture fibro-cartilagineuse. Pour Follin et Verneuil, ces tumeurs sont également des fibromes. Richard admet également que les nodus sous-cutanés sont formés de tissu conjonctif.

Il faut remarquer que la plupart de ces travaux datent d'une époque où l'on ne savait pas distinguer les fibromes des myomes. C'est ainsi que Follin discute l'opinion de Virchow sur les myomes utérins, qu'il essaie de le réfuter et de soutenir qu'il s'agit de véritables fibromes (Follin et Duplay, *Pathologie externe*). Il n'est donc pas étonnant de voir un assez grand nombre d'anatomo-pathologistes décrire les tubercules sous-cutanés comme étant formés de tissu fibreux, tandis qu'il y a bien peu d'auteurs qui aient reconnu des fibres musculaires lisses à l'examen histologique de ces tumeurs; la distinction entre fibromes et myomes ayant été longtemps impossible à faire.

D. — Les tubercules douloureux sont des *Angiomes*. C'est

l'opinion de Schuh et de F. von Bärensprung. Monod a publié d'autre part des observations de tumeurs douloureuses, qu'il a décrites sous le nom d'angiomes simples sous-cutanés circonscrits. De même, Trélat a rapporté plusieurs cas de tumeurs sous-cutanées qu'il regarde comme des angiomes caverneux.

Les angiomes douloureux sont indiscutables, mais on ne saurait faire de la douleur un caractère un peu général des angiomes sous-cutanés, lesquels sont au contraire d'une indolence absolue. Les angiomes sont peut-être la plus commune de toutes les tumeurs, car il est peu de sujets qui ne possèdent une tache vasculaire quelque part, c'est-à-dire un angiome en miniature. Il n'y a rien de surprenant que quelques-uns de ces angiomes se trouvent avec les terminaisons nerveuses dans des rapports tels qu'il puisse en résulter des douleurs névralgiques. C'est là, comme nous l'avons d'ailleurs dit plus haut, un phénomène qui peut appartenir à toute tumeur sous-cutanée.

E. — Les tubercules douloureux sont des *Adénomes*. Tillaux cite un cas de tumeur sous-cutanée qu'il crut formée de tissu glandulaire. Heurtaux nous en rapporte un autre exemple. Les mêmes réflexions que celles que nous avons faites précédemment peuvent s'appliquer à cette classe ; en effet, de même que les angiomes, les tumeurs adénoïdes peuvent se trouver en rapport avec les terminaisons nerveuses ; mais les adénomes sudoripares sont en général indolores.

F. — Ces tumeurs sont des *Lipomes*. Sanson et Bégin relatent une observation de tumeur sous-cutanée dont la structure était celle du lipome.

Nous aurions encore à faire ici exactement les mêmes réflexions que tout à l'heure. On a vu le lipome être douloureux, mais, dans ce cas la douleur signalée était d'intensité moyenne et n'a pu que très exceptionnellement se rapprocher comme intensité de la douleur du tubercule sous-cutané type.

G. — Ces tumeurs sont des *Squirrhes*. Jaumes, qui le premier émit cette opinion, désignait ces néoplasmes sous le nom de « tumeurs squirrheuses enkystées ». Après lui Dupuytren semble du même avis. Plus tard, Nélaton considérait également les tubercules douloureux, comme étant de nature maligne.

Cette opinion n'a plus qu'une valeur historique, le mot de squirrhé n'ayant aucune signification anatomo-pathologique précise. Nous la citons seulement à titre de curiosité.

H. — Les tubercules sous-cutanés douloureux sont des myomes. Billroth est le premier qui fasse mention d'un tubercule douloureux formé en grande partie de fibres musculaires lisses. Il n'en cite qu'un seul cas. Notre maître, M. A. Malherbe, a fait connaître dans la thèse de Harel trois cas de tubercules sous-cutanés douloureux qui étaient des myomes. Il en a fait connaître d'autres cas dans une communication au Congrès de Copenhague en 1884 et au Congrès de Chirurgie en 1886. Enfin son opinion sur la nature musculaire des tubercules sous-cutanés douloureux est exposée dans l'Encyclopédie de Chirurgie (annotation à l'article « Tumeurs »), et dans le dictionnaire de Jaccoud (article « Tumeurs » d'Heurtaux).

CHAPITRE III

Il résulterait de l'examen histologique qui a été fait des nodus sous-cutanés, par des anatomo-pathologistes de grand talent, que ces tumeurs auraient une structure très variable.

Or, sur les neuf tubercules sous-cutanés que nous avons pu recueillir, parmi les 1,500 tumeurs de la remarquable collection de M. A. Malherbe, nous avons pu reconnaître à l'examen microscopique, neuf myomes, c'est-à-dire neuf tumeurs formées en grande partie de fibres musculaires lisses, et mélangées d'une certaine quantité de fibres connectives, parfois même de fibres élastiques.

Nous allons d'ailleurs reproduire les observations relatives à ces nodus douloureux, observations recueillies dans le Bulletin de la Société Anatomiques de Nantes. Nos trois premières observations se trouvent également consignées dans la thèse du docteur Harel.

OBSERVATION I

Dans ce premier cas de tubercule douloureux, il s'agit d'un jeune homme âgé de 30 ans, couvreur, entré le 30 janvier 1874 à l'Hôtel-Dieu de Nantes, dans le service de M. le professeur Heurtaux.

Cet homme raconte que vers l'âge de 15 à 16 ans, il remarqua d'une façon fortuite qu'il portait au côté interne du genou droit une petite tumeur mobile sous la peau. Peu à peu elle s'accrut d'une façon très lente, mais régulière, et d'indolente qu'elle était d'abord, elle devint extrêmement douloureuse. Les premiers symptômes douloureux ne commencèrent à apparaître qu'à la fin de 1871. Lorsque le malade se heurtait à quelque objet, il ressentait des picotements au niveau de la tumeur ; la nuit, et lorsqu'il était au repos, il n'éprouvait aucune douleur ; puis bientôt cette dernière, en même temps qu'elle survenait spontanément à la suite d'une journée de travail fatigant, prenait un caractère plus grave, elle s'irradiait dans la cuisse et dans la jambe, tout en conservant son maximum d'intensité dans la tumeur elle-même. Le moindre choc, un simple frôlement du pantalon donnait naissance à des douleurs atroces qui duraient en général de quinze à vingt minutes. Comme elles se renouvelaient à chaque instant, le malade ne pouvant continuer à exercer son métier, se décida à entrer à l'hôpital,

A l'examen clinique on remarquait au côté interne du genou droit un relief notable de la peau. En palpant le genou à ce niveau, on sentait un petit corps dur, lisse, ovoïde, du volume d'un haricot, rouler sous les doigts. Extrêmement mobile, il semblait n'avoir aucune adhérence soit avec la peau, soit avec les tissus sous-jacents. La peau qui recouvrait la tumeur était parfaitement saine et ne changeait pas de couleur pendant l'exploration, et cependant, lorsque celle-ci était prolongée ou faite sans précaution, on faisait naître tous les phénomènes douloureux qui étaient ordinairement occasionnés par les contusions. En dehors de cette sensibilité exagérée, on n'observait chez cet individu aucun symptôme alarmant, et il jouissait d'une santé générale excellente.

Le lendemain de l'entrée de cet homme à l'hôpital, l'ablation de la tumeur fut faite par M. le docteur Heurtaux. L'énucléation fut facile. Au bout de quelques jours, la cicatrisation de la petite plaie était faite, le malade ne ressentait plus de douleur à ce niveau et put quitter l'hôpital guéri.

La tumeur extirpée était d'une couleur blanchâtre, quelque peu bosselée, du volume d'un haricot. Après une macération dans une solution d'acide picrique, on la divisa et l'on vit à la coupe un certain nombre de tractus d'apparence fibreuse allant de la périphérie vers le centre. Au centre même on remarquait une petite excavation pouvant loger la tête d'une épingle. L'examen histologique permit de constater une structure fibroïde assez confuse; néanmoins il était facile de reconnaître, au milieu d'une substance fondamentale conjonctive, se colorant en rose par le picro-carmin, des tractus jaunâtres, tantôt disposés parallèlement au plan

de la préparation, tantôt coupés en travers et donnant l'aspect de cellules rondes. En éclaircissant la préparation par l'acide acétique, on voyait le carmin venir se fixer sur ces tractus jaunâtres qui présentaient l'aspect de belles fibres-cellules, tandis que la substance conjonctive devenue transparente, tout le reste de la préparation s'éclaircissait.

Nous croyons donc pouvoir affirmer que ce premier tubercule sous-cutané douloureux est un véritable myome analogue à ceux que l'on trouve dans l'utérus, l'intestin, la prostate, etc., en un mot dans toutes les régions où il y a du tissu musculaire à fibres lisses (année 1874, pièce n° 12).

OBSERVATION II

(Reproduite d'après le *Bulletin de la Société anatomique de Nantes*).

M. Gruget présente une petite tumeur grosse comme le bout du pouce enlevée par lui à une femme de la campagne, Mme L..., âgée de 50 ans. Vers l'âge de 24 ans, cette femme reçut un coup de sabot assez violent au-dessous de la malléole externe de la jambe gauche. Elle ressentit une douleur assez vive pendant toute la journée, et depuis elle s'aperçut de l'existence d'une tumeur qui resta très petite jusqu'il y a huit ans. Depuis lors cette tumeur a grossi, et depuis trois ans elle est le siège de douleurs intolérables qui empêchent presque totalement la malade de marcher. Toute manipulation de la tumeur les exaspère pour un certain

temps. La tumeur est parfaitement mobile. M. Gruget enlève la tumeur et les douleurs cessent immédiatement. La malade guérit sans accident notable.

La tumeur est pour son espèce assez volumineuse, elle égale en volume l'extrémité du pouce, tandis que les autres tumeurs analogues que nous avons eu l'occasion d'étudier, au nombre de deux seulement, étaient bien plus petites. Elle est formée d'un tissu dur fibroïde, blanc, presque nacré sur une coupe nette. Tout le centre de la tumeur est occupé par une production ossiforme excessivement dure. La tumeur n'est unie au tissu conjonctif lâche ambiant que par des tractus modérément épais. Une lamelle du tissu ossiforme, amincie et polie sur la pierre, présente à l'œil nu un aspect très analogue à celui de l'os vrai ; mais à l'examen microscopique, on ne constate l'existence ni de cellules osseuses, ni de canalicules osseux. Il n'y a donc là que du tissu ossiforme, qu'une imprégnation phosphatique et non une ossification véritable.

Le reste du tissu, extrêmement dense, se présente sous forme d'une intrication de faisceaux de fibrilles, dirigés dans tous les sens. Ces faisceaux, assez volumineux, se présentent tantôt en long, tantôt coupés en travers. L'action de l'acide acétique fait apparaître des noyaux en bâtonnet et caractéristiques des fibres-cellules. L'acide azotique au cinquième permet difficilement, il est vrai, d'isoler quelques-unes de ces fibres-cellules qui sont pressées les unes contre les autres et dont les faisceaux ne sont séparés que par une quantité de tissu conjonctif infiniment moindre que dans les myomes utérins. Enfin, l'examen de préparation à l'éosine hématoxyline, et la comparaison de ces pré-

parations avec les coupes colorées au picro-carmin ne permettent aucune espèce de doute. Il s'agit bien, et il s'agit à peu près exclusivement de fibres musculaires lisses. Cette structure musculaire nous est d'ailleurs connue depuis cinq ans environ; le premier tubercule sous-cutané douloureux recueilli dans notre collection était un myome. Ces tumeurs sont relativement fort rares. Nous n'avons pu en recueillir que trois en une dizaine d'années sur un total de 500 à 1,000 tumeurs que nous avons eues entre les mains. Or, ces trois faits de tubercules sous-cutanés douloureux parfaitement types étaient trois exemples de myome.

On comprendra donc aisément notre tendance à généraliser et notre propension à admettre que le myome est le genre auquel appartiennent habituellement les tubercules sous-cutanés douloureux. La connaissance que nous avons de la structure musculaire de ces tumeurs serait avantageusement complétée par la recherche de leurs rapports avec les filets nerveux ambiants, et par la notion de l'existence ou de la non-existence de filets nerveux dans leur intérieur. Le fait que ces tumeurs sont composées de fibres lisses permet de supposer que ces fibres lisses sont pourvues de filets nerveux; mais ce n'est là qu'une supposition; car, dans un tissu développé normalement, on peut bien ne pas rencontrer tous les éléments accessoires qui accompagnent ce tissu à l'état normal. En tout cas, la question du rapport des nerfs avec le tubercule douloureux doit être réservée jusqu'à ce que des recherches approfondies, basées sur l'emploi le plus perfectionné des réactifs, nous aient donné une solution positive. Nous avons examiné plusieurs coupes de notre tumeur, traitées par le

chlorure d'or, les fibres-cellules sont très visibles dans ces préparations, soit qu'on ait employé l'acide acétique, soit qu'on n'ait pas fait usage de ce réactif. On voit également un grand nombre de capillaires, mais on ne découvre pas trace de filets nerveux ; même dans les préparations où la réduction de l'or a été assez bonne, il nous est impossible de nous en apercevoir. Jusqu'à nouvel ordre, nous devons donc supposer que la tumeur n'a pas de nerfs, et que les douleurs qu'elle cause proviennent de son action sur les nerfs périphériques. Cependant la difficulté de la découverte des petits nerfs terminaux dans les tissus nous fait un devoir de n'être pas trop affirmatif. Nous avons cherché à voir la disposition de la partie calcifiée en l'étudiant sur des coupes minces après décalcification par l'acide picrique. Nous avons pu nous convaincre que l'agencement du tissu était parfaitement conservé. Dans certains points, on peut voir des lacunes, qui, à la rigueur, pourraient être considérées comme des rudiments d'ostéoplastes, et quelques capillaires dilatés pouvant faire songer à des canaux de Havers en voie de développement. Mais ces dispositions sont trop peu nettes pour admettre une ossification vraie. (Année 1880, pièce n° 105.)

OBSERVATION III

M. Chenantais présente un tubercule sous-cutané douloureux qu'il a enlevé à une femme nommée Hérel, âgée de 50 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu le 15 février 1881. Cette

femme, qui jouit habituellement d'une bonne santé, est très nerveuse.

Il y a deux ans, raconte-t-elle, à la suite d'une longue marche, elle remarqua une écorchure située un peu en arrière de la malléole externe du pied gauche, elle n'y prit point garde et continua ses occupations. Quelques jours après, elle sentait, au niveau de l'écorchure, un fourmillement qui disparaissait quand elle frappait son pied contre la terre. Au bout de quelque temps l'écorchure guérit, mais il restait à cet endroit une légère induration douloureuse. Puis survint une petite tumeur excessivement irritable. Cette femme ressentait d'abord des élancements, qui paraissaient du tubercule, auxquels succédaient une sensation de brûlure; jamais elle n'a remarqué qu'à l'époque des règles la douleur fut plus violente. Cependant, aux changements de temps, elle était plus vive et plus fréquente. Bientôt les sensations douloureuses augmentèrent à la fois de durée et d'intensité; la tumeur était devenue tellement irritable, qu'en dernier lieu le frottement du bas, et la nuit le simple contact des draps faisaient naître chez cette femme des douleurs atroces, et presque aussitôt reparues elles étaient dissipées. La douleur partait du genou, bien que la tumeur fut à la malléole, descendait sous forme d'une ligne ponctuée jusqu'à la tumeur, où elle avait son maximum, se dirigeait vers les orteils, puis semblait s'arrêter dans le petit doigt de pied, qui était le siège de douleurs très vives, et le paroxysme durait un quart d'heure et souvent plus. A l'examen clinique, on percevait derrière la malléole externe un petit corps lenticulaire mobile sous la peau, qui présentait un aspect normal. Toute pression exercée sur

ce point réveillait la douleur, sans que l'on vit pour cela aucun changement dans le volume ou dans la coloration des parties environnantes.

L'extirpation fut très facile, la tumeur n'ayant contracté aucune adhérence avec les tissus environnants. Lorsque la malade sortit de l'hôpital, il n'existait plus de douleurs violentes à l'endroit qu'avait occupé la tumeur, et c'est tout au plus si l'on provoquait un certain état d'endolorissement de la partie en y exerçant de brusques pressions.

L'examen fait au laboratoire montre que cette tumeur était un myome à fibres lisses. Sauf une petite coque fibreuse très peu épaisse, toute la masse est composée de fibres-cellules plus serrées entre elles que celles des myomes utérins. Nous avons vainement cherché des filets nerveux ; mais nous avons vu certains aspects, certaines figures arrondies ressemblant un peu à la coupe transversale d'une artère oblitérée, en différant cependant par l'absence de membrane élastique. Ces figures arrondies, à couches concentriques, peuvent faire penser à une disposition analogue à celle des corpuscules de Pacini. Quoiqu'il en soit, et réservant la question du rapport des nerfs avec les tubercules sous-cutanés douloureux, nous devons insister sur leur structure musculaire qui est probablement la règle, car sur trois cas, nous l'avons constaté trois fois. (Année 1881, pièce n° 21.)

OBSERVATION IV

M. Heuztaux présente une petite tumeur qu'il a enlevée. Celle-ci occupait la partie interne de la jambe droite chez une femme de 55 ans. Elle avait débuté depuis quinze ans et elle était le siège de douleurs violentes. L'ablation en fut très simple et suivie de guérison rapide.

Examen de la tumeur. — Le tissu de la tumeur est blanchâtre fibroïde; les coupes sont faites après durcissement dans l'alcool, et colorées par le picro-carmin. En les examinant, on voit que le néoplasme est entouré d'une enveloppe connective dont l'aspect et les réactions sont parfaitement nets. Les faisceaux connectifs de cette enveloppe se colorent fortement par le carmin et s'éclaircissent par l'acide acétique en laissant voir un réseau cellulaire étoilé. Les fibres musculaires du centre de la tumeur s'éclaircissent peu au contraire, même par l'action énergique de l'acide. On voit que ces faisceaux qui composent toute la tumeur sont entrecroisés dans tous les sens. L'aspect de la coupe est absolument identique à celle d'un petit myome utérin. Les faisceaux musculaires sont séparés les uns des autres par un peu de tissu conjonctif qui contient quelques fibres élastiques très fines. Malgré un examen attentif, nous n'avons pu découvrir aucune trace de tubes nerveux dans nos coupes. La tumeur est donc un myome. C'est le quatrième fait de ce genre que nous observons. Nous croyons pouvoir généraliser et dire que le tubercule sous-

cutané douloureux est un myome développé dans les fibres musculaires lisses du derme. (Année 1883, pièce n° 3.)

OBSERVATION V

M. le docteur Franco de Machecoul a envoyé au laboratoire une petite tumeur grosse comme un pois, mais un peu aplatie. Les renseignements cliniques, qui ne nous furent donnés que beaucoup plus tard, mentionnaient que cette tumeur était le siège d'une douleur excessive.

L'examen microscopique de ce petit néoplasme montre qu'il est constitué par des faisceaux de fibres musculaires lisses, entrecroisés dans tous les sens, et séparés par une faible quantité de tissu conjonctif. La tumeur est comme d'ordinaire, entourée d'une mince coque de tissu conjonctif dont l'aspect et les réactions tranchent nettement avec ceux du tissu musculaire. Dans cette petite tumeur, absolument semblable du reste aux autres tubercules sous-cutanés douloureux que nous avons déjà décrits, les faisceaux musculaires lisses excessivement denses sont séparés par une très faible quantité de tissu conjonctif. Les vaisseaux, médiocrement nombreux, ont une paroi très épaisse. Nous n'avons pu distinguer ni nerfs, ni terminaisons nerveuses. (Année 1873, pièce, n° 60).

OBSERVATION VI

M. Heurtaux présente un tubercule sous-cutané douloureux qu'il a enlevé à une femme de 38 ans. Le début de la

tumeur remontait à seize ans. Elle occupait la région antéro-interne de la jambe gauche vers le milieu de sa hauteur. La tumeur grosse comme une noisette est revêtue d'une couche conjonctive assez lâche. Elle est formée d'un tissu dur et résistant, tout à fait analogue à celui des tumeurs de même genre que nous avons étudiées.

L'examen histologique, fait sur des préparations colorées au picro-carmin et examinées avec ou sans addition d'acide acétique, montre que la tumeur est constituée par des fibres musculaires lisses. Malgré tous nos efforts, nous n'avons pu apercevoir aucune terminaison nerveuse, ni même aucun tronc nerveux sur nos coupes. Certains vaisseaux pourraient à la rigueur en imposer pour un tube nerveux ; mais, en les suivant dans le champ du microscope, on arrive toujours à trouver des points montrant qu'il ne s'agit pas de nerfs. Il y a donc lieu de se demander si ces productions agissent sur des nerfs voisins ou s'il y a réellement en elles des terminaisons nouvelles. Il convient d'ajouter que cette tumeur est absolument identique à toutes celles que nous avons pu examiner auparavant. (Année 1885, pièce, n° 48).

OBSERVATION VII

M. Vigot (de Caen), ancien élève de l'Ecole de médecine de Nantes, nous a adressé un tubercule sous-cutané douloureux qu'il a enlevé.

Cette tumeur ne dépasse guère le volume d'un pois vert. Elle a la structure d'une myome, enveloppé d'une mince lame

conjonctive. Elle est parcourue par de nombreux vaisseaux de petit calibre à parois épaisses. Nous n'avons pas aperçu de filets nerveux, ce qui est du reste conforme à nos examens antérieurs. Le tissu est tantôt purement musculaire, tantôt mêlé d'éléments fibreux. (Année 1887, pièce, n° 43).

OBSERVATION VIII

M. A. Malherbe présente sous ce nom une petite tumeur du volume d'une noisette enlevée chez une jeune fille de 26 ans. Cette personne ne se souvient pas de l'époque du début de cette tumeur qu'elle a toujours connue. Elle siégeait sous la peau, en avant du tendon rotulien. Elle causait des douleurs qui augmentaient progressivement sans être toutefois excessives. L'examen microscopique dénote la structure habituelle de ces sortes de tumeurs qui paraissent essentiellement constituées par du tissu musculaire lisse. Nous n'y avons pas trouvé de terminaisons nerveuses. (Année 1889, pièce, n° 75).

OBSERVATION IX

M. A. Malherbe présente un tubercule sous-cutané douloureux qu'il a enlevé à une paysanne de 35 ans. Cette tumeur, située vers le tiers inférieur et externe de la jambe droite, avait débuté il a dix ans environ; les douleurs qu'elle occasionnait devenaient de plus en plus vives. Elle ne contractait aucune adhérence à la peau.

L'ablation de ce néoplasme fut pratiquée à la cocaïne le 25 août 1891.

L'examen au laboratoire démontra d'une façon manifeste, qu'il s'agissait d'une tumeur composée en grande partie de fibres musculaires lisses, c'est-à-dire d'un myome (année 1891, pièce, n° 112).

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les myomes sous-cutanés douloureux sont généralement très petits. Ceux de la collection varient du volume d'un petit pois au volume du pouce. Ils ont une consistance dure, franchement fibreuse, et leur coupe est fasciculée, représentant en petit ce que l'on observe à la coupe d'un myome utérin. Leur surface grisâtre ou d'un blanc mat est recouverte d'une couche généralement mince de tissu conjonctif lâche, établissant les rapports entre la tumeur et les parties environnantes. Peut-être pourrait-on observer une sorte de bourse séreuse au-dessous de la tumeur, mais nous ne l'avons jamais constatée. Dans un de nos cas nous avons remarqué que le centre de la tumeur était calcifié; ce noyau calcaire était absolument central comme le noyau d'un fruit.

Lorsqu'on examine au microscope des coupes comprenant toute l'étendue de la tumeur, on voit très nettement une zone centrale constituée par le tissu propre du néoplasme, et une zone périphérique de nature connective. Cette dernière constituée de faisceaux fibreux plus ou moins denses, entrecroisés dans tous les sens, est entremêlée de fibres élastiques; elle se colore en rose pâle par le carmin et devient complètement transparente par addition d'acide

acétique. Le tissu propre de la tumeur est constitué par d'innombrables faisceaux de fibres musculaires, entrecroisés dans tous les sens; entre ces faisceaux on distingue du tissu conjonctif en quantité variable et des vaisseaux à parois généralement assez épaisses. Jamais nous n'avons pu y distinguer de tubes nerveux.

Quant au tissu propre des faisceaux, on peut y reconnaître deux aspects différents suivant que les fibres sont coupées en travers ou longitudinalement dans le plan de la préparation. Lorsque les fibres sont coupées en travers, elles apparaissent comme de petits polygones accolés les uns aux autres. Certains de ces petits polygones peuvent présenter un point rouge qui est la coupe du noyau, d'autres n'en présentent pas, ce qui indique que la cellule a été coupée en deçà ou au delà du noyau. Lorsque les faisceaux sont étendus parallèlement au plan de la préparation, on voit nettement qu'ils sont constitués par des fibres-cellules accolées les unes aux autres.

Action des réactifs. — Lorsqu'après la coloration au carmin, on traite le tissu par l'acide acétique, on voit apparaître dans les faisceaux disposés horizontalement un petit noyau en bâtonnet au milieu de chaque fibre-cellule. Quand les coupes sont faites transversalement, le noyau se présente sous forme d'un de ces petits points que nous avons signalés plus haut. On obtient au moyen de l'hématoxyline des réactions analogues. Si on essayé de dissocier le tissu, après macération dans l'acide azotique au 1/5, on parvient, non sans peine, à isoler des fibres-cellules les unes des autres, mais on ne voit pas leur noyau. L'ensemble de ces

réactions indique très nettement qu'il s'agit de tissu musculaire lisse.

La plupart de nos tumeurs présentent les unes avec les autres une ressemblance telle qu'on aurait pu les décrire comme identiques. Cependant nous signalerons les légères différences suivantes : L'une de nos tumeurs, comme nous l'avons vu, présentait à son centre un noyau calcifié assez volumineux ; après décalcification nous avons pu constater que la structure de ce noyau était absolument semblable à celle des autres parties du nodus sous-cutané. Il y avait là purement et simplement un envahissement des cellules musculaires par la calcification. Par conséquent il ne s'agissait point d'une ossification vraie partielle comme on en observe dans quelques néoplasmes.

Nous avons reconnu d'autre part la présence de fibres élastiques dans quelques-unes de nos préparations. Ces fibres se distinguaient nettement de la substance fibreuse au milieu de laquelle elles étaient plongées par leur forme et leur coloration jaune.

Dans l'observation VIII, nous avons constaté que la proportion de tissu fibreux, par rapport au tissu musculaire, est plus considérable que dans les autres tumeurs. Ce fait est vrai surtout pour le centre de la tumeur, car dans les parties périphériques le tissu musculaire est extrêmement dense et serré.

Diagnostic anatomique. — Le diagnostic ne présente de difficulté qu'avec le fibrome ou avec un névrome amyélinique. Il est certain que des fibres nerveuses à myéline ne sauraient jamais être confondues avec des fibres musculaires. La confusion avec une production fibreuse serait plus

facile à commettre; mais les réactions fournies par l'acide azotique au 1/5 (procédé Virchow) et l'action de l'acide acétique, qui fait apparaître les noyaux des fibres-cellules, permettent tout de suite de trancher la difficulté. Il y a encore un moyen assez commode de distinguer le tissu fibreux d'avec le tissu musculaire lisse : lorsqu'on examine les faisceaux coupés en travers on voit que les noyaux occupent le centre des petits polygones représentant la coupe des fibres cellules; tandis que dans le tissu fibreux, les noyaux sont disposés dans les interstices situés entre les cylindres ou polygones représentant la coupe des faisceaux fibreux. Quant au diagnostic avec le névrome amyélinique, il pourrait se faire en tenant compte de l'aspect des fibres de Remak, qui, comme on le sait, sont bordées par les noyaux de leur gaine, et par conséquent présentent un aspect tout différent des fibres-cellules dont le noyau est central et en forme de bâtonnet.

CHAPITRE V

ÉTIOLOGIE.

La plupart des chirurgiens s'accordent pour dire que le développement des tubercules sous-cutanés douloureux se fait entre 30 et 60 ans. Quelques-uns prétendent même que c'est à l'époque de la ménopause chez les femmes et de 40 à 50 ans chez les hommes qu'on les observe surtout. Quelquefois on les voit apparaître à un âge moins avancé, témoin le malade qui fait l'objet de notre première observation et qui était âgé de 15 à 16 ans lorsqu'il s'aperçut par hasard de la présence de sa tumeur qui fut extirpée une quinzaine d'années plus tard. D'ailleurs il est incontestable que la douleur, qui accompagne toujours le nodus sous-cutané, ne survient parfois qu'à une époque très éloignée du début de la tumeur ; d'autre part la constatation de cette dernière ne se fait souvent qu'à l'apparition des premiers symptômes douloureux ; il s'ensuit que le malade ne s'aperçoit de la présence de son nodus que longtemps après le commencement de son développement. De fait, nous avons relaté dans une de nos observations l'histoire d'une femme, dont la tumeur avait débuté à 21 ans à la suite d'un coup de sabot, et qui ne commença à souffrir de son tubercule que 16 ans plus tard. Rappelons à côté de ce cas le malade de notre première observation dont nous venons de parler

plus haut. D'autre part, le docteur Bisset nous a rapporté dans le troisième volume des mémoires de la société médicale de Londres un cas de tubercule sous-cutané qu'il eut occasion d'observer chez une jeune fille de 13 ans. Il n'y aurait donc pas lieu de considérer ces tubercules comme étant l'apanage exclusif de l'adulte.

Ces tumeurs seraient beaucoup plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes. Wood nous dit que dans tous les cas qu'il eut à considérer, à part une exception peut-être, ces tubercules siégeaient sur des femmes. Dans une statistique de Paget, sur 28 tubercules, 23 avaient trait à des femmes et 5 seulement à des hommes. Sur 9 cas rapportés par Dupuytren, dans ses « leçons orales de clinique chirurgicale », 6 appartenaient à des femmes, et 23 à des hommes. Parmi les 7 observations que nous rapportons et où le sexe se trouve mentionné, dans 6 il s'agit de femmes, une seule observation concerne un homme.

Quant à savoir si l'hérédité joue un certain rôle dans le développement de ces néoplasmes, c'est une question que l'on ne peut résoudre. Toutefois, Virchow aurait observé le tubercule sous-cutané chez les deux frères. En somme, l'hérédité ne paraît pas être une cause prédisposante au développement de ces néoplasmes.

Un certain nombre de chirurgiens prétendent que les traumatismes jouent un grand rôle dans l'étiologie des tubercules sous-cutanés. C'est une opinion qui paraît suffisamment fondée. Nous avons parlé dans notre seconde observation d'une malade dont l'histoire vient à l'appui de cette hypothèse : « Il s'agissait d'une femme qui avait reçu un violent coup de sabot, à la suite duquel apparut la petite

tumeur. D'ailleurs ce fait n'est pas isolé : dans une observation de Hall, rapportée par Dupuytren, la tumeur, qui était située au bout de l'index gauche, paraissait devoir son origine à une piqûre que le malade s'était faite avec son alène. Thompson nous cite un autre fait de ce genre ; il s'agissait d'un tubercule situé au bord interne du mollet droit, et survenue à la suite d'un violent effort qui avait occasionné la rupture de quelques fibres du muscle jumeau du côté correspondant. Dans un autre cas, rapporté par Vilmot, c'est à la suite d'une piqûre d'épine que s'est développé le nodus sous-cutané.

On a également prétendu que cette affection pouvait dépendre d'une cause rhumatismale. Nous trouvons à ce sujet, dans la thèse de Descot, la relation suivante : « Un étudiant en médecine (Béclard lui-même, alors élève interne à l'Hôtel-Dieu d'Angers), habitant un appartement situé à plusieurs pieds au-dessous du sol de la cour, et couchant dans une alcôve, creusée dans l'épaisseur du mur de l'hôpital, eut, au bout de quelques mois de séjour dans ce lieu insalubre, un accès d'arthritisme au gros orteil, et peu de temps après, il se développa sous la peau qui recouvre la veine et le nerf saphènes internes à la jambe, une tumeur grosse comme un grain de blé, et qui, toutes les fois qu'elle était touchée par le malade, soit en mettant ou en ôtant ses vêtements, soit dans toute autre circonstance, occasionnait une douleur qui s'étendait, comme un choc électrique, sur le pied, dans la direction des ramifications du nerf. Ayant obtenu des administrateurs de l'hôpital un autre appartement, il fut, au bout de quelques mois, guéri de la névralgie et du tubercule sous-cutané. La même personne, quelques années

après, étant à Paris, eut, sous le menton, un petit furoncle dont la cicatrice resta pendant plusieurs mois le point de départ d'une douleur vive, excitée par le frottement du rasoir, et qui s'étendait en rayonnant au devant du cou et de la poitrine. »

Il est probable qu'il ne s'agissait pas, dans ce cas, d'un tubercule sous-cutané, mais bien d'une nodosité goutteuse. Il n'est pas extrêmement rare, en effet, de trouver des bouts de doigt névralgiques qui n'ont aucun rapport avec notre cas.

Enfin, quelques observations semblent démontrer que l'apparition du tubercule a coïncidé avec le commencement d'une grossesse. Mais on ne saurait établir sur cette coïncidence un rapport de causalité.

SIÈGE

Le siège des nodus sous-cutanés est très variable. Si nous nous reportons à nos observations, nous voyons que deux fois les tubercules siégeaient dans le voisinage de la malléole externe et deux fois à la partie interne de la jambe; notre dernière observation nous montre le tubercule siégeant en avant du tendon rotulien. Dans le cas de Hall, la tumeur était située au bout de l'index gauche. Thompson a vu un de ces tubercules situé au bord interne du mollet. Wood raconte que son père en extirpa trois qui étaient placés sous les téguments, à la partie supérieure du muscle grand fessier. Ch. Boyer en a vu à la hanche et à la poitrine, Marjolin en a vu plusieurs sur le scrotum et le haut de la cuisse.

On peut dire d'une façon générale, que la jambe est le lieu d'élection des tubercules douloureux, mais on en a observé dans d'autres régions : à la fesse, à la cuisse, au scrotum, aux doigts, à l'avant-bras, autour du genou, du coude, du poignet, de la glande mammaire, en un mot sur toutes les parties du corps le plus exposées au contact et au choc des objets extérieurs.

SYMPTOMATOLOGIE

Si les anatomo-pathologistes émettent des opinions différentes au sujet de la structure histologique des tubercules douloureux, les cliniciens au contraire sont tous d'accord pour reconnaître l'uniformité des symptômes cliniques.

Nous allons passer en revue les symptômes principaux qui doivent diriger l'observateur dans la recherche de cette affection : les nodus sous-cutanés sont caractérisés tout d'abord par une évolution de longue durée. Souvent même il est impossible de dire à quelle époque remonte le début de la tumeur. Ainsi, la malade qui fait l'objet de notre huitième observation, a toujours connu son nodus sous-cutané, et n'a pu nous dire par conséquent à quel moment il a commencé à se développer. Nous ajouterons que les tubercules sous-cutanés peuvent subsister indéfiniment ; car ils n'entraînent pas, comme les tumeurs malignes, les symptômes de cachexie qui conduisent si rapidement à un dénouement fatal.

A peine les tubercules ont-ils pris naissance qu'ils continuent de se développer d'une façon lente et régulière jusqu'à acquérir un volume déterminé ; le volume d'un grain de

blé, d'un pois, parfois même du pouce, puis ils restent stationnaires jusqu'au moment où ils vont manifester leur présence par de la douleur. Mais ce n'est parfois qu'après dix, quinze ou même vingt ans, que ces néoplasmes commencent à devenir douloureux : les premiers phénomènes de la douleur se montrèrent 15 ans après le début de la tumeur, chez le malade dont nous parlons dans notre première observation, et 16 ans après le commencement de l'affection chez la femme qui fait l'objet de notre seconde observation. D'autre part, Wood a vu un tubercule sous-cutané devenir douloureux dix-sept ans après le début de son développement.

Remarquons toutefois que d'ordinaire les nodus sous-cutanés ne tardent pas à devenir douloureux. Pour que la douleur se produise, il n'est même pas nécessaire, comme on l'a dit, que ces néoplasmes aient un volume appréciable : ainsi Cabaret nous cite une observation où des douleurs violentes se montrèrent avant que la tumeur ne fit aucune saillie apparente : d'autres fois elles se développent en même temps que la tumeur, bien que, dans le plus grand nombre des cas, elles ne se manifestent qu'après l'apparition du tubercule.

Ces tumeurs se caractérisent donc d'abord par la lenteur de leur évolution, et leur indolence ; cette dernière ayant une durée plus ou moins longue. Puis survient la douleur : or, celle-ci se présente avec des caractères particuliers. Elle ne se montre pour ainsi dire jamais avec toute l'acuité qu'elle revêt souvent dans la suite. Non seulement la douleur du début est supportable, mais encore elle a besoin pour se manifester de subir en quelque sorte une provoca-

tion de la part des objets extérieurs. Lorsque le malade est au repos, que la tumeur est à l'abri de tout choc, de toute pression, le tubercule n'est pas douloureux, mais s'il survient un changement dans l'état du malade, si la tumeur vient à subir une compression à la suite d'un coup, d'un froissement, dû à un mouvement du malade, immédiatement la douleur se manifeste. Ce n'est que dans la suite que cette tumeur devient douloureuse spontanément.

Les caractères de la douleur sont très variables : c'est tantôt un fourmillement, tantôt une démangeaison ; certains malades comparent leurs souffrances à celles qui résulteraient d'une piqûre, d'un coup de lancette. Le plus souvent cette douleur se présente sous forme d'élançements qui apparaissent à des intervalles irréguliers. Ces élançements douloureux sont d'ordinaires vagues, peu accentués dans le début, pour revêtir dans la suite un degré d'acuité qui devient parfois intolérable. Dans certains cas cependant ces éclairs de douleurs sont de prime abord excessivement violents.

Les irradiations douloureuses ne suivent pas toujours, comme on l'a prétendu, le trajet des nerfs. C'est même là un fait exceptionnel : le plus souvent les irradiations sont irrégulières, la douleur se fait sentir autour du tubercule dans un rayon mal circonscrit : on a remarqué même que la propagation de la douleur était plus fréquente au-dessus du tubercule, en remontant vers la racine des nerfs, contrairement aux douleurs névralgiques qui suivent une marche descendante. C'est même là, un des signes qui permettent de distinguer le tubercule sous-cutané du névrome.

La durée des accès est très irrégulière : elle varie depuis dix minutes jusqu'à deux heures. Les accès, d'abord éloignés, augmentent de fréquence dans la suite. Les premières douleurs surviennent d'abord à des époques indéterminées, puis tous les jours, plusieurs fois par jour ; finalement les accès deviennent si rapprochés que la douleur semble continue. Tant que les accès sont assez éloignés les uns des autres, la santé générale n'est pas atteinte ; mais lorsqu'ils sont presque continus, le malade perd l'appétit, le sommeil, il tombe dans l'abattement et la tristesse, et son état général finit par être gravement compromis.

Enfin, la douleur peut être tellement violente qu'elle détermine parfois des spasmes, des convulsions, des accès épileptiformes qui, par erreur de diagnostic, ont été pris pour de l'épilepsie vraie. Portal nous a rapporté une observation d'une femme présentant un tubercule douloureux au niveau de l'articulation de la première et de la deuxième phalange du pouce de la main droite et qui était sujette à des accès épileptiformes très intenses. Ces accès disparurent aussitôt après l'ablation de la tumeur.

La peau qui recouvre la tumeur ne subit aucune modification notable. Toutefois, dans certain cas, au moment d'un accès douloureux, elle est susceptible de se modifier : ainsi on voit parfois la tumeur augmenter de volume et la peau prendre un aspect rougeâtre, foncé ; ou bien encore la tumeur semble se resserrer, se contracter, et la peau devient pâle, exsangue et nacrée. La tumeur adhère rarement au derme, car la tubercule est d'ordinaire mobile dans le tissu cellulaire ; mais lorsqu'il y a adhérence du

nodus sous-cutané à la peau, on peut voir celle-ci se plisser au moment d'un accès douloureux.

Parmi les causes prédisposantes de la douleur, il y a lieu de signaler l'influence atmosphérique ; en effet, aux changements de temps, dans les jours froids et humides, il est sans conteste que les douleurs sont plus fréquentes et plus intenses. Dans nombre d'observations, nous voyons les malades faire remarquer que leurs douleurs sont plus vives pendant l'hiver et au moment des pluies ; nous avons eu d'ailleurs l'occasion de relater plusieurs fois ce fait dans l'histoire clinique des malades dont nous avons parlé.

La menstruation et la grossesse ne seraient pas non plus sans influence sur la manifestation de la douleur. Chez une personne, dont le docteur Bisset a recueilli l'observation, la maladie paraissait bien être sous la dépendance de l'état de gestation. La tumeur, située à la partie externe de la jambe gauche, avait commencé à se développer alors que la malade était âgée de 13 ans. Ce néoplasme devenait douloureux à cette époque, surtout quand il tombait de la neige ou de la pluie. Dans la suite, ces douleurs, longtemps supportables, accrurent un degré d'acuité intolérable au moment de la première grossesse, et en même temps la tumeur augmentait de volume. Après l'accouchement les douleurs se calmèrent et la tumeur redevint moins volumineuse. Devenue enceinte pour la seconde fois, cette femme ressentit tous les phénomènes douloureux observés au moment de la première grossesse. C'est alors qu'un chirurgien pratiqua l'extirpation de la tumeur ; à la suite de cette opération toute douleur disparut. Dans le cours d'une troisième grossesse la tumeur se reproduisit, toutefois

moins volumineuse et moins douloureuse que la première. Enfin, pendant une quatrième gestation les douleurs devinrent des plus violentes. Le docteur Bisset, consulté à ce moment, détruisit le tubercule au moyen du caustique. La guérison fut complète, et, cette femme eut dans la suite deux nouvelles grossesses sans voir reparaître ces douleurs (*Mémoires of the medical Society*, London, t. III).

Les auteurs du compendium ajoutent que ces accès peuvent éclater sous l'influence d'une contrariété, d'un mouvement de colère ou même sans aucune cause appréciable.

Pathogénie de la douleur. — Une question, que nous ne saurions passer sous silence, est celle relative à l'explication de la douleur. On n'est pas encore complètement fixé sur ce sujet. La douleur est facile à expliquer quand on admet que le tubercule sous-cutané est un névrome. Il en est de même lorsqu'on admet que le nodus pathologique s'est développé dans l'intérieur d'un cordon nerveux, par prolifération du tissu conjonctif par exemple. Il n'en est plus ainsi quand on considère la tumeur formée par un lipome, un fibrome, un angiome. Certains auteurs comme Dupuytren et Andral, attribuent la douleur à la coque fibreuse qui recouvre le tubercule et l'empêche de se développer. Voici d'ailleurs ce que Dupuytren nous dit à ce sujet : « les tumeurs sont recouvertes d'une enveloppe dense, opaque, fibro-celluleuse, véritable kyste qui s'oppose à leur développement et détermine probablement les vives douleurs que ressentent les malades. Cette opinion n'est guère admissible, car nous voyons un grand nombre de tubercules rester indolents pendant toute leur période de développement.

D'autres auteurs comme Paget font intervenir la subjectivité ou comme Broca l'irritabilité : « ce ne sont pas les tumeurs, nous dit Broca, qui sont irritables, mais les malades, car on voit le degré d'irritabilité changer au gré des circonstances qui exercent leur action sur l'organisme. »

Cette manière de comprendre la douleur n'est nullement satisfaisante, car elle n'explique pas comment il se fait que chez un sujet, porteur de plusieurs nodus pathologiques, l'un de ces tubercules soit indolent, alors que l'autre ou les autres occasionnent de vives douleurs. Nous admettons plus volontiers, avec Chandelux et la plupart des anatomopathologistes de notre époque, que cette douleur est due à la compression des filets nerveux qui avoisinent la tumeur. D'ailleurs la structure musculaire des tubercules sous-cutanés permet d'expliquer en partie leur irritabilité. On comprend, en effet, que sous l'influence des pressions, des atouchements, soit qu'ils résultent de l'exercice fonctionnel du membre qui porte le néoplasme, soit qu'ils aient pour cause une exploration faite avec la main du chirurgien, on comprend que sous cette influence, la tumeur, qui résulte probablement de l'hypertrophie des arrectores pilorum, se contracte pour un certain temps et comprime les filets nerveux qui existent soit dans son sein, soit à la périphérie.

Siège du tubercule douloureux. — Enfin le clinicien devra s'assurer de l'existence et du siège de la tumeur. On est souvent mis sur la voie du diagnostic par le malade lui-même; mais il arrive parfois que l'on ne trouve rien, soit parce que la tumeur est trop petite pour pouvoir être perçue, soit parce que la douleur réveillée par la palpa-

tion empêche de pratiquer un examen approfondi. Mais d'ordinaire par une palpation lente et légère, il est facile de percevoir sous le tissu dermique une petite tumeur dure, élastique et mobile dans tous les sens, parfois cependant adhérente à la peau.

Durée. — Comme la plupart des tumeurs bénignes, le nodus sous-cutané a, nous l'avons vu, une durée indéfinie. La lenteur d'évolution de ces espèces de néoplasmes est due à leur absence de retentissement sur l'organisme, et à leur impossibilité de disparaître spontanément. Aussi s'explique-t-on pourquoi l'acte chirurgical seul est capable de mettre un terme à cette affection.

DIAGNOSTIC

Les tubercules sous-cutanés douloureux pourraient être confondus avec les névromes, les névralgies et autres néoplasmes de nature variée.

En fait de névromes sous-cutanés, on ne connaît guère que les névromes plexiformes, tumeurs fort rares, que les auteurs décrivent comme donnant la sensation d'une pelote de ficelle sous la peau. De plus, ces névromes sont indolents. Voilà deux caractères qui ne permettent pas de faire une erreur de diagnostic quand il s'agit de distinguer ces névromes du nodus sous-cutané.

On observe le long des cordons nerveux des tumeurs qui peuvent être fort douloureuses, mais ces tumeurs, appelées autrefois névromes, ne sont point composées de tissu nerveux néoformé. Ce sont des tumeurs d'origine conjonctive, nées aux dépens de la gaine et non aux dépens des

tubes nerveux. Il s'agit en réalité de fibromes, de myxomes ou de sarcomes des nerfs. Le mot de névromes est absolument impropre pour désigner maintenant ces tumeurs.

Il importe en second lieu de savoir distinguer le tubercule douloureux d'une névralgie ou d'une douleur rhumatismale. Si l'on n'arrive pas à constater la présence du nodus pathologique, on rapporte les douleurs à une névralgie ou à un rhumatisme, et alors on épuise en pure perte la série des médicaments conseillés dans ces affections. On peut arriver dans une certaine mesure à différencier ces maladies, malgré l'absence de tumeur tangible, et cela par un examen méthodique du malade ; en effet, les douleurs, bien que présentant de très grandes ressemblances, ne sont pas absolument identiques ; elles diffèrent dans leur mode de début, leur degré d'acuité, leur marche et leur durée, autant de points de repère susceptibles de mettre sur la voie du diagnostic.

Les tubercules douloureux ont encore été confondus avec d'autres tumeurs. M. le docteur Raingeard a consigné dans le Bulletin de la Société anatomique de Nantes, l'observation d'une malade portant une tumeur qui présentait tous les symptômes cliniques du tubercule douloureux et que l'examen microscopique démontra être de l'épithéliome calcifié.

Il faut éviter aussi de prendre ces tumeurs pour un cancer cutané ; l'erreur est facile à éviter. Ce dernier diffère du tubercule par la rapidité de son évolution, par l'ulcération de la peau, et enfin par sa propagation aux ganglions du voisinage ; tandis que le nodus sous-cutané ne produit

aucune altération de la peau, si ce n'est que des altérations mécaniques, et d'autre part il n'envahit pas les ganglions du voisinage qui restent toujours indemnes.

PRONOSTIC

Les tubercules sous-cutanés ne présentent aucune gravité. Ce sont des tumeurs essentiellement bénignes, c'est-à-dire qui n'ont aucune tendance à envahir les tissus du voisinage ni à déterminer des engorgements ganglionnaires. D'autre part la lenteur de leur évolution, leur mobilité, les distinguent encore suffisamment des tumeurs malignes. Enfin on ne les voit pas se généraliser, ni récidiver. On a cependant cité des cas de récidive; ainsi, dans une observation rapportée par le docteur Bisset, nous avons vu la tumeur se reproduire après extirpation; mais dans ce cas, nous ne pouvons savoir s'il s'agissait réellement d'un tubercule sous-cutané douloureux de nature musculaire. En outre l'état d'affaiblissement, de débilité qu'on observe quelquefois, n'a rien qui ressemble à la cachexie cancéreuse. Cet état doit son origine aux douleurs violentes et continues que l'on observe souvent à une période assez avancée de l'évolution du nodus. Ce qui le prouve, c'est la cessation brusque de ce dépérissement et la reprise de l'embonpoint et de l'état de santé antérieur à la tumeur après l'extirpation de cette dernière.

TRAITEMENT

Le seul moyen de traitement qui soit réellement efficace, c'est la destruction du tubercule par les caustiques ou mieux

encore par l'instrument tranchant. Les caustiques sont inférieurs à l'excision, car, dit Dupuytren « ils hâtent le ramollissement sans enlever complètement la maladie ». Si l'on donne la préférence aux caustiques, il faut s'entourer de certaines précautions, comme par exemple de produire une escarrhe profonde qui dépasse la tumeur plutôt que de la détruire incomplètement. De plus, après la chute de l'escarrhe, il faudra s'assurer qu'il ne reste aucune portion du néoplasme dans la plaie, auquel cas on procéderait à une nouvelle cautérisation. Le choix du caustique n'est pas indifférent, celui qui semble conseillé dans tous les cas, c'est la pâte de Vienne, à cause de la promptitude de son action, et de la facilité avec laquelle on peut la manier.

Chaque fois que la volonté du malade ne s'y oppose pas formellement, il sera préférable d'avoir recours au bistouri : « C'est, dit Dupuytren, le moyen le plus sûr, le plus prompt, le moins douloureux ». L'opération est des plus simples ; elle consiste à faire un pli à la peau au niveau de la tumeur et à sectionner le tissu cutané dans le sens du plus grand diamètre du tubercule ; en pressant celui-ci à sa base, il peut arriver qu'il s'énuclée de lui-même une fois mis à découvert. Le plus souvent il est retenu dans la place qu'il occupe au moyen de petits tractus fibro-celluleux ; il suffit alors de saisir la tumeur avec une pince à griffes et de tirer au dehors ; les adhérences cèdent sous l'influence de la traction, et la tumeur sort de sa loge.

Enfin, si les adhérences sont assez résistantes, on peut, à l'exemple de Bouchacourt, sectionner le tubercule en deux parties et enlever chacune d'elles séparément. Une fois la tumeur énuclée, on réunit les lèvres de la plaie au

moyen de bandelettes agglutinatives on mieux d'un ou de deux points de suture; on applique par dessus un pansement antiseptique. Si la tumeur a contracté des adhérences avec la peau, on sectionne celle-ci de façon à circonscrire par son incision la partie adhérente du derme que l'on enlève avec la tumeur; le rapprochement des bords de la plaie est facile à obtenir au moyen de points de suture.

Si le malade se refusait à toute intervention par les caustiques ou le bistouri, on pourrait essayer l'emploi local des narcotiques. Dupuytren relate une observation où ce moyen aurait réussi: « Une femme de 65 ans portait un tubercule à la partie postérieure et interne du genou; elle n'avait jamais voulu se décider à aucune opération, malgré l'intensité des douleurs qu'elle éprouvait; des narcotiques longtemps appliqués sur le siège du mal les calmèrent, et depuis elles n'ont plus reparu. Bérard et Denonvilliers, tout en reconnaissant la supériorité du traitement qui consiste à extirper la tumeur, conseillent d'employer, dans certains cas, une plaque de caoutchouc très épaisse et percée dans son centre d'un trou correspondant au tubercule douloureux. Ce procédé calmerait efficacement la douleur.

Enfin, on a encore employé, mais sans succès, différents topiques, mercuriaux, calmants, et certains révulsifs: sangsues, pointes de feu. D'ailleurs, ces derniers moyens sont complètement abandonnés de nos jours. Si le malade était assez inepte pour refuser l'extirpation, on pourrait également essayer les injections sous-cutanées de cocaïne.

CONCLUSIONS

I. — Toutes les tumeurs de la peau ou tissu connectif sous-cutané peuvent, dans certains cas, devenir le point de départ de douleurs névralgiques à paroxysmes.

II. — Mais pour la plupart des espèces, ce caractère névralgique est exceptionnel et fort rare.

III. — Il est une espèce, au contraire, qui, abandonné à elle-même, prend très fréquemment, sinon toujours, lorsqu'elle a duré un certain nombre d'années, le caractère névralgique.

IV. — Cette espèce est le liomyome ou myome à fibres lisses sous-cutané. C'est à elle que nous réservons le nom de *tubercule* ou *nodus* sous-cutané douloureux.

V. — Elle se présente sous forme de tumeurs généralement très petites, à évolution excessivement lente, à marche toujours bénigne, non sujette à récidiver, ni à infecter l'économie.

VI. — Ces myomes sous-cutanés sont probablement dus à l'hypertrophie d'un de ces muscles que l'on appelle *arrectores pilorum*.

VII. — Jamais on n'a pu y découvrir de terminaisons nerveuses, bien qu'il soit légitime d'en supposer.

VIII. — Le traumatisme paraît, dans certains cas, être la cause de ces tumeurs.

IX. — Le pronostic ne présente de gravité qu'en raison directe de l'intensité des douleurs, la bénignité de ces néoplasmes, à tous autres égards, étant absolue.

X. — L'extirpation au bistouri est le seul traitement rationnel et réussit toujours.

VU :

Par le Président de thèse,

M. DUVAL.

27 Octobre 1892,

VU :

Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer

*Le vice-recteur
de l'Académie de Paris,*

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Cheselden.** — Anatomy of the human body, 10^e édition.
- Camper.** — Demonstrationes anatomico-chirurgicarum. 1766.
- M. An. Petit.** — Discours sur la douleur. Lyon, 1799.
- Portal.** — Anatomie médicale, 1803.
- W. Wood.** — On painful subcutaneous tubercle. Edinburgh medical and surgical journal, tome VIII, 1812.
- Descot.** — Dissertation sur les affections locales des nerfs. Thèse de Paris, 1822.
- Jaumes.** — Thèse de Paris, 1828.
- Dupuytren.** — D'une espèce particulière de tumeurs fibro-celluleuses enkystées (Leçons orales de clinique chirurgicale, tome IV. Paris, 1832.
- Sanson et Bégin.** — Médecine opératoire de Sabatier.
- Cooper.** — Œuvres chirurgicales, trad. Chassaignac et Richelot. Paris, 1837.
- Velpeau.** — Nouveaux éléments de médecine opératoire, tome III. Paris, 1839.
- Wilmot.** — Observations de petites tumeurs douloureuses développées sous la peau (Gazette médicale, 1839. Extrait de Dublin medical press).
- Lebert.** — Traité pratique des maladies cancéreuses.
- Nélaton.** — Pathologie chirurgicale. Paris, 1844.
- Bärensprung.** — Observationes microscopicae. Dissert. inaug. Halis. 1844.
- Bouchacourt.** — Des tumeurs nerveuses sous-cutanées et de leur traitement (Bulletins de thérapeutique, 1851.)
- Cabaret.** — Gazette médicale, 1851.

Houel. — Mémoire sur le névrome. (Mémoires de la Société de chirurgie, 1853.)

Pajet. — Painful subcutaneous tumours in lectures on tumours. London, 1853.

P. Broca. — Traité des tumeurs, tome II, page 470, 1869.

Tillaux. — Observations de fibromes sous-cutanés douloureux de la région mammaire droite (Gazette des Hôpitaux, 1870.)

Labbé et Legros. — Etude anatomo-pathologique de trois cas de névromes (Journal de l'anatomie et de la physiologie, 1870-71).

Virchow. — Pathologie des tumeurs, tome III, trad. par Aronssohn. Paris, 1871.

Follin. — Pathologie externe, tome II.

Heurtaux. — Nouv. dict. de médecine et de chirurgie pratiques, tome XIV, art. fibrome.

Monod. — Etude sur l'angiome simple sous-cutané circonscrit. Thèse de Paris, 1873.

Monod. — Bulletins de la Société de chirurgie, 1879, tome V, page 651.

Trélat. — Compte rendu de l'Association française pour l'avancement des sciences, session de Lille, 1874, p. 855.

Richard. — Etude sur le tubercule sous-cutané douloureux. Thèse de Paris, 1874.

De Gacheo. — Etude sur le tubercule sous-cutané douloureux. Thèse de Paris, 1876.

Chandelux. — Observation de fibro-myxome du nerf collatéral de l'annulaire. (Lyon médical, août 1879.)

Chandelux. — Recherches histologiques sur les tubercules sous-cutanés douloureux (Archives de Physiologie normale et pathologique, 2^e série, tom. IX).

Marquié. — Contribution à l'étude des fibromes sous-cutanés douloureux. Thèse de Paris, 1880.

Cornil et Ranvier. — Manuel d'histologie pathologique, 2^e édition. Paris, 1881, page 280.

Harel. — Contribution à l'étude des tubercules sous-cutanés douloureux. Thèse de Paris, 1881.

A. Malherbe. — Tubercules sous-cutanés douloureux. Congrès périodique international des sciences médicales de Copenhague, année 1884, 8^e session ; Congrès de chirurgie, 1886, séance du soir du 20 octobre.

A. Broca. — Tubercules sous-cutanés douloureux. Traité de chirurgie de Duplay et Reclus, (tome I, page 628).

